

Fiche Renseignements



Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Ecole :
Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire.....
Allergies :
Recommandations des parents :
.....

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant ☐	Père	Responsable de l'enfant ☐
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :
N° Allocataire C.A.F. : Régime social :
C.A.F. d'appartenance : CAF de Haute Marne ☐ MSA ☐ Autre C.A.F.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polio					
Tétracoq					
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac					
Prévenar					

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Angine			Coqueluche		
Oreillons			Otite		
Rhumatisme			Rougeole		
Rubéole			Scarlatine		
Varicelle					

Allergies	Oui	Non	Allergies	Oui	Non
Alimentaires		X	Animaux		X
Asthme		X	Médicamenteuses		X

Difficultés de santé :

.....

.....

Observations générales de santé :

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI ☐ NON ☐

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse	
Autorisations			OUI	NON
J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur				
Participation aux activités				
Tout les soins nécessaires en cas d'urgence				
Mode de transport extérieur (autobus)				
Photographier et filmer l'enfant				
Utiliser les photos dans la presse locale				
Utiliser les photos sur le site internet de l'association				
Utiliser les photos sur le facebook de l'association				
Utiliser les photos sur le facebook du centre de loisirs (page privée)				
Utiliser les photos sur les outils de communication de l'association				
Utiliser les photos sur les outils de communication de l'Union Régional des Franc				
Application de produits cutané				
Crème solaire				
Gel Arnica (contusions)				
Crème apaisante piquûre d'insectes				
Biafine (brûlure)				
Répulsif moustiques				
Répulsif poux				

Personnes autorisés à venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Médecin traitant Nom : Téléphone :

Adresse :